

Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden etc.

Ich,

Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtgebers

wohnhaft (Straße, PLZ und Ort)

bevollmächtige hiermit

Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtnehmers

Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtnehmers

Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtnehmers

Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtnehmers

Für das Kind :

Vorname, Name und Geburtsdatum des Kindes

zur Abholung / Weiterleitung folgender Dokumente

- ☐ alle Praxisformulare (Rezepte -> auch an Apotheke weiterleiten, Überweisungen, Befunde, Heil- und Hilfsmittel etc.
- ☐ keine Weitergabe von: _____
- ☐ Der Vollmachtnehmer wird durch dieses Schriftstück dazu bevollmächtigt, Auskünfte durch meine behandelnden Ärzte zu erhalten.
Dem/der Bevollmächtigten soll umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden.
Die behandelnden Ärzte sowie das Personal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/der Bevollmächtigten entbunden.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass mir Dokumente per E-Mail oder Fax übermittelt werden

E-Mail Adresse: _____

Fax Nr.: _____

PLZ, Ort, Datum, Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z.B. durch den Personalausweis) nachgewiesen werden muss.